

De la symptomatologie à la résolution de problèmes : approche intégrée pour les personnes atteintes de schizophrénie

From symptomatology to problem-solving : an integrated approach for people with schizophrenia

De la sintomatologia a la solution de problemas : enfoque integrado para personas que sufren de esquizofrenia

Christiane Morin, Catherine Briand et Pierre Lalonde

Volume 24, numéro 1, printemps 1999

Schizophrénie, délires et thérapie cognitive

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031587ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031587ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Morin, C., Briand, C. & Lalonde, P. (1999). De la symptomatologie à la résolution de problèmes : approche intégrée pour les personnes atteintes de schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, 24(1), 101-120.
<https://doi.org/10.7202/031587ar>

Résumé de l'article

Les personnes atteintes de schizophrénie présentent des difficultés d'adaptation et de gestion des situations problématiques de la vie quotidienne, diminuant ainsi leurs capacités d'ajustement social (coping). Plusieurs composantes, comme les biais et les déficits cognitifs, en association avec la symptomatologie, perturbent les habiletés pour la résolution de problèmes. Dans la démarche de réadaptation, il est essentiel de tenir compte de l'ensemble de ces caractéristiques et ainsi d'offrir une approche d'intervention intégrée. Cet article présente une approche d'intervention au niveau des habiletés de résolution de problèmes qui tient compte des connaissances contemporaines sur la schizophrénie. Le fonctionnement de la Clinique Jeunes Adultes (schizophrénie) de l'hôpital Louis-H. Lafontaine est présenté et sert de référence.



De la symptomatologie à la résolution de problèmes : approche intégrée pour les personnes atteintes de schizophrénie

Christiane Morin*

Catherine Briand**

Pierre Lalonde***

Les personnes atteintes de schizophrénie présentent des difficultés d'adaptation et de gestion des situations problématiques de la vie quotidienne, diminuant ainsi leurs capacités d'ajustement social (coping). Plusieurs composantes, comme les biais et les déficits cognitifs, en association avec la symptomatologie, perturbent les habiletés pour la résolution de problèmes. Dans la démarche de réadaptation, il est essentiel de tenir compte de l'ensemble de ces caractéristiques et ainsi d'offrir une approche d'intervention intégrée. Cet article présente une approche d'intervention au niveau des habiletés de résolution de problèmes qui tient compte des connaissances contemporaines sur la schizophrénie. Le fonctionnement de la Clinique Jeunes Adultes (schizophrénie) de l'hôpital Louis-H. Lafontaine est présenté et sert de référence.

La personne souffrant de schizophrénie présente des difficultés à s'ajuster aux événements de la vie quotidienne puisque l'éventail de ses stratégies de résolution de problèmes et de ses comportements adaptés demeure perturbé par différents symptômes et déficits. Les hallucinations et les délires combinés aux biais et aux déficits cognitifs interfèrent dans sa capacité à maîtriser le quotidien. Les interventions de réadaptation basées sur des approches cognitivo-comportementales doivent prévoir des actions thérapeutiques sur ces éléments. Il est connu que les programmes d'entraînement aux habiletés sociales de Liberman (1992) augmentent la compétence sociale par des techniques cognitives de résolution de problèmes et d'entraînement à la communication. Leur

* Ergothérapeute à la Clinique Jeunes Adultes, Hôpital Louis-H. Lafontaine, et chargée d'enseignement clinique à l'Université de Montréal.

** Ergothérapeute, étudiante au doctorat en sciences biomédicales à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, et boursière du Fonds de Recherche en Santé du Québec (FRSQ).

*** Psychiatre à la Clinique Jeunes Adultes, Hôpital Louis-H. Lafontaine, et professeur titulaire à l'Université de Montréal.

efficacité est démontrée et ils permettent une réduction des symptômes. Brenner et al. (1992) suggèrent par ailleurs un programme graduel passant de la rémediation cognitive à la communication verbale puis aux habiletés sociales pour arriver finalement à la résolution de problèmes. Il y a donc plusieurs facettes à considérer pour rendre la personne souffrant de schizophrénie capable de composer, de façon optimale, avec le quotidien en vivant le moins de situations de handicap possible.

La Clinique Jeunes Adultes (CJA) de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, est spécialisée dans le traitement et la réadaptation de jeunes adultes souffrant de schizophrénie, et offre des interventions intégrant les connaissances actuelles sur la schizophrénie. Cet article décrit, de façon détaillée, l'intervention de résolution de problèmes en la situant dans le contexte de la CJA. La première partie présente brièvement la CJA, la clientèle-cible ainsi que les études déjà entreprises. La deuxième décrit le fonctionnement cognitif de la personne souffrant de schizophrénie et résume la symptomatologie, les biais et les déficits cognitifs. Puis, un schéma conceptuel de compréhension du processus de résolution de problèmes est présenté duquel découlent le contexte et les modalités d'intervention utilisées à la CJA. En conclusion, les obstacles à cette démarche sont énumérés ainsi que les préoccupations actuelles qui guident les recherches futures.

La Clinique Jeunes Adultes (CJA)

Depuis plusieurs années, la clinique spécialisée Jeunes Adultes (CJA) offre des services de traitement, de réadaptation, de réinsertion sociale et professionnelle au jeune adulte souffrant de schizophrénie ainsi que des services à la famille. Les critères d'inclusion à la CJA sont (Lalonde 1992) :

- début de la maladie ou première admission en psychiatrie adulte ;
- diagnostic de schizophrénie, de trouble schizo-affectif ou de trouble schizophréniforme selon le DSM-IV ;
- âgé entre 18 à 25 ans au moment de la demande ;
- la famille reste impliquée ;
- résidence dans le territoire géographique desservi par l'hôpital Louis-H. Lafontaine.

Il est à noter que la prise de drogues, qui est souvent un problème associé, ne constitue pas un critère d'exclusion dans la mesure où la toxicomanie n'est pas le diagnostic principal. Actuellement, une cen-

taine de patients sont suivis par les professionnels de la CJA. En début de prise en charge, les caractéristiques de la clientèle sont les suivantes :

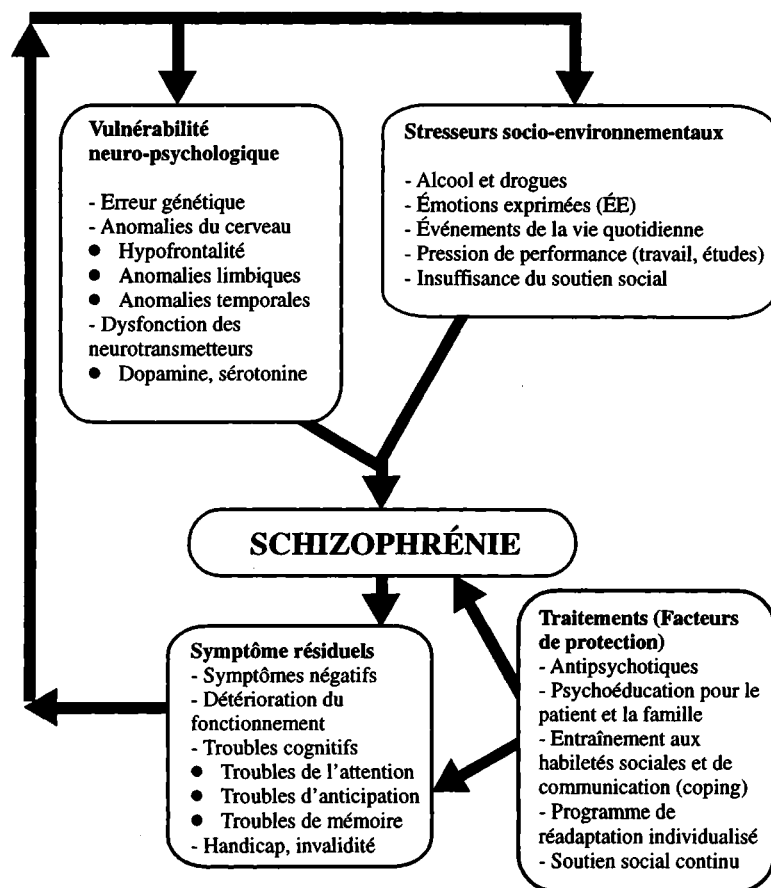
- déni de la maladie psychiatrique ;
- *immunité thérapeutique* face aux services traditionnels : refus de s'engager dans les traitements, revendication pour un congé, refus fréquent de prendre la médication, oubli des rendez-vous, fréquentation de l'urgence ;
- difficultés importantes de fonctionnement : organisation anarchique de la vie quotidienne ; difficulté à accepter la réalité quotidienne comprenant structure, délai, et frustration ; manque de réalisme dans les projets ; maintien de buts et d'aspirations élevées ; instabilité et échecs répétés dans les emplois et dans les études ; difficultés à établir et à maintenir des relations interpersonnelles ; retrait social ;
- importante vulnérabilité aux stress sociaux, aux changements, aux pressions de performance ;
- toxicomanie souvent associée et risque suicidaire élevé.

En regard de la compréhension contemporaine de la problématique, le modèle vulnérabilité-stress (figure 1) est privilégié (Lalonde, 1999 ; Liberman, 1992 ; Zubin et Spring, 1977). Ce modèle fait état de deux composantes essentielles associées à l'apparition de la maladie : une vulnérabilité neuro-psychologique exacerbée par des stressseurs socio-environnementaux. Ainsi, il existe chez certains individus une prédisposition génétique, des anomalies cérébrales ou encore un dysfonctionnement des neurotransmetteurs du cerveau qui les rendent plus sensibles aux stressseurs socio-environnementaux. Cependant, la seule présence de ces facteurs biologiques est insuffisante pour provoquer l'apparition de la schizophrénie ; il faut que s'y ajoutent certains types de stress, un stress toxique comme les drogues, par exemple, un stress social ou encore des pressions de performance (Lalonde, 1999). Ces stressseurs peuvent donc avoir un effet déclencheur de schizophrénie et provoquer l'apparition de symptômes.

Les professionnels de l'équipe interdisciplinaire de la CJA partagent une philosophie commune d'intervention face au jeune adulte « en devenir » qui, outre la problématique psychiatrique, vit les enjeux de la transition au monde adulte. Les services diversifiés, de nature bio-psycho-sociale, sont prévus à long terme, de structure souple, ajustés au rythme des besoins et de l'évolution du patient. La continuité des services à l'interne et à l'externe est assurée. Un thérapeute principal est

attribué à chaque patient et il est responsable du suivi individuel. Les diverses interventions cliniques sont décrites au Tableau 1.

Figure 1
Modèle Vulnérabilité-Stress



Les nouveaux développements dans la compréhension et le *management* de la schizophrénie, les recherches sur l'entraînement des habiletés sociales ainsi que les recherches cliniques effectuées à la CJA ont permis d'ajuster, au cours des années, les interventions de traitement et de réadaptation au rythme des connaissances contemporaines.

En 1990, J. Goulet effectue une étude évaluative du programme intégré de traitement et de réadaptation de la CJA. Le groupe expérimental de patients de la CJA, comparé à un groupe témoin, obtient des données

significativement supérieures pour l'observance médicamenteuse et le fonctionnement social (bien-être personnel, activités sociales et vie à la maison). Leur niveau de réadaptation s'avère aussi significativement supérieur pour 3 des 4 échelles du *Morningside Rehabilitation Status Scale*. En effet, les patients de la CJA sont moins symptomatiques, moins isolés socialement et moins inactifs que le groupe témoin.

Tableau 1- Clinique Jeunes Adultes

JEUNE ADULTE	
SUIVI INDIVIDUEL	SUIVI DE GROUPE
<ul style="list-style-type: none"> ● Alliance thérapeutique ● Reconnaissance de la maladie et de ses implications, processus de deuil, restaurer l'espoir ● Engagement dans la réadaptation ● Intégration d'habiletés psychosociales et de changements d'habitudes de vie 	<ul style="list-style-type: none"> ● Identification des capacités et des déficits ● Programme d'activités manuelles (concentration, organisation) ● Entraînement <ul style="list-style-type: none"> - à la communication - aux habiletés sociales - à la résolution de problèmes ● Organisation du quotidien ● Préparation au travail / études
MILIEU DE VIE	TRAVAIL / ÉTUDES
<ul style="list-style-type: none"> ● Recherche d'hébergement approprié au niveau d'autonomie ● Suivi dans le milieu ● Partenariat avec les ressources impliquées 	<ul style="list-style-type: none"> ● Identifier les intérêts et aptitudes ● Favoriser un retour progressif ● Éviter les pressions de performance ● Éviter les contacts humains intenses
FAMILLE	
<ul style="list-style-type: none"> ● Entrevues familiales ● Groupes pour les familles ● Révision des attentes ● Modification des attitudes 	

Jodoin (1992) démontre que les patients participant au programme d'éducation au traitement neuroleptique ont acquis davantage de connaissances sur la médication que le groupe témoin.

Quant à la recherche de Comtois et al. (1998), portant sur les besoins de soins, elle indique que les problèmes exprimés spontanément par les patients et qui leur génèrent un stress élevé concernent :

- les relations interpersonnelles (49,6 % des problèmes exprimés) incluant : méfiance, apathie, évitement, expression des émotions, intimité;
- les activités de la vie quotidienne (21,4 % des problèmes exprimés) incluant : dormir le jour, manque de motivation, difficultés au travail ou aux études, dans l'organisation de la journée, dans le budget, dans la préparation des repas, et l'hygiène personnelle;
- la gestion des symptômes (17,4 % des problèmes exprimés)
- l'adaptation à la condition psychiatrique (10,7 % des problèmes exprimés).
- Cette recherche a permis de constater que les éléments sur lesquels nous avons instauré des interventions de réadaptation : la reconnaissance des symptômes, l'importance de la médication, l'espoir en l'avenir, l'augmentation de diverses habiletés (concentration, organisation, anticipation, communication, etc.), avaient contribué à permettre aux patients d'avoir une meilleure emprise sur leur vie quotidienne. Les thérapeutes de la CJA se sont donc attardés aux problèmes exprimés dans la sphère des relations interpersonnelles. Prenant aussi en considération les recherches de Lalonde et al. (1996) et de Leclerc (1992) sur les stratégies de coping dans la schizophrénie, les interventions de groupe sont réajustées. Le patient est amené à identifier plus précisément les obstacles rencontrés dans ses relations interpersonnelles en insistant davantage sur les habiletés à communiquer, la reconnaissance des émotions et la résolution de problèmes dans une approche cognitivo-comportementale. Le concept de résolution de problèmes est intégré dans toutes les modalités de réadaptation tant au niveau du suivi individuel que de groupe. Les thérapeutes interviennent sur le fonctionnement cognitif et sur les stratégies de résolution de problèmes.

Le fonctionnement cognitif de la personne atteinte de schizophrénie

Les recherches démontrent que la dysfonction cognitive est un élément primordial dans la schizophrénie. Les changements du fonctionnement cognitif prédisent des modifications du fonctionnement social et de l'adaptation communautaire et peuvent influencer la qualité de vie des personnes atteintes. Plus spécifiquement, la capacité à gérer les situations

problématiques de la vie de tous les jours est diminuée. L'action combinée des symptômes persistants, des biais cognitifs ainsi que des déficits cognitifs des personnes souffrant de schizophrénie perturbent l'ajustement social en interférant sur la qualité de la perception sociale et sur les comportements sociaux adaptés aux situations quotidiennes.

La symptomatologie

La personne souffrant de schizophrénie doit composer, dans sa vie quotidienne, avec certains symptômes persistants qui influencent le processus de réadaptation. Pour chaque personne, ces symptômes diffèrent tant dans leur nature et leur fréquence que dans leur intensité. Les symptômes positifs regroupent les hallucinations, les délires et l'incohérence du discours.

Les symptômes négatifs, quant à eux, sont reliés à une diminution des aptitudes de l'individu (Lalonde, 1999) :

- affect aplati ou émoussé ;
- alogie (pauvreté du discours, délai de réponse) ;
- avolition (manque d'énergie, de persistance, d'intérêt) ;
- anhédonie (perte de plaisir) ;
- asociabilité (perte d'intérêt social) ;
- déficit d'attention.

Les thérapeutes doivent tenir compte de ces déficits variables dans le temps et selon les personnes pour la planification des activités de réadaptation proposées visant à améliorer la capacité de résolution de problèmes.

Les biais cognitifs

Les biais cognitifs, quant à eux, se définissent par une tendance exagérée à traiter certains types d'information plutôt que d'autres, ou à le faire d'une certaine façon plutôt que d'une autre. Certains biais sont rencontrés dans le traitement de l'information de l'individu normal. Ils deviennent pathologiques lorsque « leur fréquence et l'utilisation rigide qui en est faite servent à valider des représentations intérieures dysfonctionnelles » (Chambon et Marie-Cardine, 1993). C'est ce qu'on retrouve dans la schizophrénie. Perris (1989) rapporte que les *distorsions cognitives* se rencontrent plus fréquemment dans la schizophrénie et Chambon et Marie-Cardine (1993) mentionnent qu'elles sont « plus facilement mises en jeu lors de situations de tension ou d'incertitude,

lorsque les capacités de traitement de l'information sont débordées ou désorganisées ». Les distorsions cognitives influencent donc l'interprétation que la personne se fait d'elle-même et de son environnement.

Les déficits cognitifs

Les connaissances sur les déficits cognitifs et le fonctionnement cérébral dans la schizophrénie ont considérablement évolué ces dernières années. Les nouvelles technologies permettant de connaître le fonctionnement du cerveau, entre autre l'imagerie cérébrale et les tests neuropsychologiques, permettent de dresser un profil cognitif de la personne qui souffre de cette maladie. Les recherches ont ciblé avec plus de précision les déficits suivants :

- les personnes souffrant de schizophrénie démontrent des difficultés à se rappeler les informations explicitement mémorisées et à utiliser leur mémoire de travail ;
- la capacité à soutenir leur attention sur une longue période de temps, à faire abstraction de stimuli non pertinents et à porter simultanément leur attention sur plusieurs informations est également perturbée, produisant une diminution de leurs capacités de communication et de leur qualité relationnelle avec autrui ;
- des atteintes importantes au niveau des fonctions exécutives sont constatées, altérant les capacités à fonctionner efficacement en société puisqu'elles concernent les habiletés à planifier, à regrouper les idées, à appliquer un plan, à résoudre les problèmes.

« La plupart des études concordent pour montrer, aux stades précoces du traitement de l'information, lors des processus de perception, des difficultés à extraire, organiser et encoder les données pertinentes en tenant compte du contexte de la situation » (Chambon et Marie-Cardine, 1993).

Bref, la combinaison d'une symptomatologie persistante, des biais et des déficits cognitifs entravent, pour les personnes souffrant de schizophrénie, leur capacité d'utiliser un éventail de réponses adaptées permettant de faire face (coping) aux exigences de la vie quotidienne et augmentent les situations de handicap. La démarche de réadaptation doit combiner des modalités ayant une action à ces niveaux et élargir la variété du répertoire des comportements nécessaires pour transiger plus efficacement avec le quotidien. En agissant au niveau du processus de résolution de problèmes, il devient possible d'intervenir sur l'ensemble

de ces difficultés en suivant une approche cognitive étape par étape et en se rapprochant des situations quotidiennes réelles rencontrées par les personnes atteintes de schizophrénie. Avant de présenter les modalités d'intervention relatives au processus de résolution de problèmes, il importe de définir le concept.

Le concept de résolution de problèmes

La capacité de résoudre un problème, de gérer une situation problématique a été étudiée par plusieurs auteurs selon leur terminologie spécifique. Certains ont parlé d'habiletés sociales (Mc Fall, 1982 ; Wallace et al., 1980), de stratégies de coping (Lalonde et al., 1996 ; Folkman et Lazarus, 1980), de fonctions exécutives (Lezak, 1995) ou simplement de résolution de problèmes (Briand et al., 1998 ; D'Zurilla et Nezu, 1990 ; D'Zurilla et Goldfried, 1971). Ces différents concepts réfèrent néanmoins à une même capacité, soit celle d'orchestrer ses diverses habiletés, de façon autonome, à l'atteinte d'un but ; ce but étant de gérer une situation personnelle ou interpersonnelle problématique.

Tout d'abord, le concept de résolution de problèmes réfère à une succession de *plusieurs étapes régies par des habiletés spécifiques* (tableau 2).

- L'étape de *perception* et d'*interprétation* de la situation problématique permet de percevoir adéquatement l'information contenue dans la situation, de reconnaître les indices pertinents tant affectifs que comportementaux et de s'engager dans la résolution de problèmes.
- Les étapes de *planification* et de *performance* permettent de générer et d'analyser les alternatives possibles, de conceptualiser les séquences nécessaires à l'application des solutions et d'appliquer la solution.
- L'étape d'*autorégulation* tente de s'assurer d'une performance de qualité tout en intériorisant l'expérience vécue.

Ces habiletés spécifiques requièrent la mise en commun des systèmes cognitifs, affectifs et comportementaux du fonctionnement humain. La résolution efficace de problèmes requiert l'intégration des habiletés cognitivo-comportementales et cognitivo-émotionnelles.

Le concept de résolution de problème semble simple, à priori, quand les différentes étapes et habiletés ont été spécifiées, mais l'application en clinique en est beaucoup plus complexe. En effet, dans la vie quotidienne, la résolution de problèmes est plus que l'addition des

Tableau 2
Habiletés nécessaires au processus de résolution de problèmes

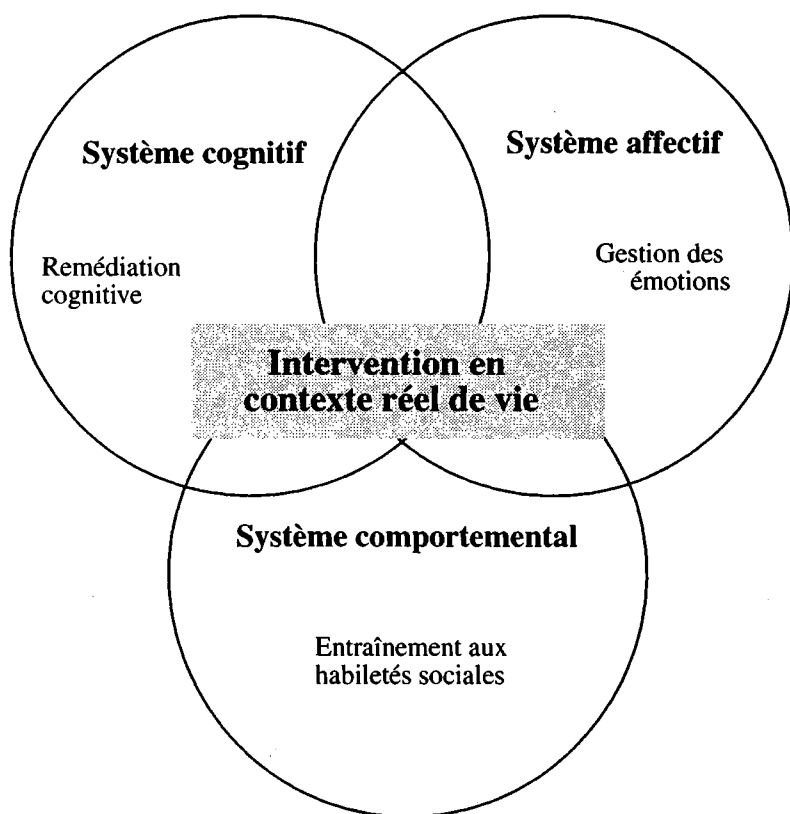
PERCEPTION ET INTERPRÉTATION	PLANIFICATION	PERFORMANCE	RÉGULATION DE LA QUALITÉ
Habileté à reconnaître le problème	Habileté à générer des alternatives	Habileté à initier, maintenir, modifier, arrêter les comportements nécessaires à la réalisation de la tâche	Habileté à s'assurer une performance de qualité
Habileté à discriminer l'information	Habileté à comparer les alternatives		Habileté à faire preuve d'empathie envers soi et l'autre
Habileté à définir ses buts et ses besoins	Habileté à percevoir les conséquences des alternatives		
Habileté à identifier et à gérer ses émotions	Habileté à combiner les idées ensemble	Habileté à adapter le processus de réalisation de la tâche selon les changements de buts et de conditions	
Habileté à prendre la décision de s'engager dans la résolution de problèmes	Habileté à prendre une décision		
Habileté à faire preuve de motivation	Habileté à conceptualiser les séquences nécessaires à l'atteinte du but		
Habileté à orienter ses actions à l'atteinte du but			

Habiletés cognitivo-émotionnelles		Habiletés cognitivo-comportementales		
Émotion	↔	Cognition	↔	Comportement

systèmes cognitifs, affectifs et comportementaux en des habiletés de perception, d'interprétation, de planification, de performance et d'auto-régulation (tableau 2). Ce concept réfère également à un comportement global de gestion du stress où les habiletés sont utilisées simultanément, ce qu'on doit considérer dans les interventions. En effet, la personne atteinte de schizophrénie, en situation problématique quotidienne, en plus de devoir faire face à certains symptômes persistants, à des déficits et biais cognitifs, à un manque d'habiletés sociales, etc., doit orchestrer au même moment ses habiletés pour résoudre le problème. Ainsi, elle doit pouvoir s'adapter tout au long du processus, faire preuve de flexibilité, en choisissant et utilisant les habiletés nécessaires et requises à l'atteinte du but. La présentation fragmentée du concept de résolution de problèmes est essentielle à sa compréhension et facilite l'apprentissage auprès des patients; cependant une compréhension plus globale et re-

présentative des contextes de la vie réelle s'avère primordiale. S'il est possible d'agir à la fois sur les composantes de résolution de problèmes (par des interventions spécifiques comme des exercices de remédiation cognitive, de gestion des émotions, d'entraînement aux habiletés de communication (figure 2), etc.), et sur la spécificité du processus de résolution de problèmes (par des interventions en contexte de vie plaçant le sujet face à de réelles situations problématiques), des résultats positifs pourraient être envisagés (Briand et al., soumis). C'est ce qui est maintenant favorisé dans le suivi de groupe à la CJA.

Figure 2
Intégration cognition-émotion-comportement
Modalités d'intervention



Avant de mettre en place différentes interventions pour augmenter les habiletés de résolution de problèmes, il importe d'évaluer la symptomatologie, les déficits et les biais cognitifs qui font obstacle au fonctionnement du patient. L'expertise des différents professionnels de l'équipe CJA est mise à contribution.

- À quel niveau les symptômes provoquent-ils des situations de handicap dans la vie quotidienne ?
- Quels sont les déficits cognitifs ?
- Pendant combien de minutes le patient peut-il maintenir une attention soutenue ?
- Possède-t-il les habiletés de base à la communication nécessaires dans les relations interpersonnelles comme le contact visuel, le ton de la voix, le débit verbal, les habiletés à faire une demande, à exprimer une opinion, etc. ?
- Peut-il nommer ses émotions ?
- A-t-il déjà participé à des thérapies de groupe ?
- Pendant combien de temps peut-il tolérer la présence des autres participants ?
- Est-il familier avec des exercices de mise en situation ?
- etc.

Habituellement, des déficits majeurs sont mis en évidence, et des exercices visant à augmenter les capacités cognitives, les habiletés de base à la communication, la reconnaissance des émotions, sont nécessaires puisque l'entraînement à la résolution de problèmes fait appel à ces prérequis. Par exemple, pour aider à nommer les émotions, le patient est invité à choisir des émotions agréables et désagréables à partir d'une affiche illustrant plusieurs émotions. Par la suite, le thérapeute lui demande de décrire une situation survenue durant la semaine, au cours de laquelle il a ressenti cette émotion ainsi que les comportements manifestés à ce moment : par exemple, ressentir de la colère (émotion identifiée) et briser un objet (comportement). Le patient apprend à différencier l'émotion et le comportement manifesté (adéquat ou inadéquat) en réaction à celle-ci. Le thérapeute peut aussi apprendre au patient à établir un contact visuel, à trouver un sujet de conversation, à anticiper des questions sur ce sujet, à émettre des réponses, à exprimer clairement une opinion. Le thérapeute doit servir de modèle et donner du renforcement. Ces exercices préliminaires peuvent être faits en individuel ou en groupe.

La présence de symptômes persistants, surtout les symptômes positifs (hallucinations, délires, incohérence du discours) ainsi que des biais cognitifs interfèrent directement dans les premières étapes du processus de résolution de problèmes. Ces étapes réfèrent à la capacité de déceler l'existence d'un problème, à l'identifier clairement et à discriminer l'information. Prenons l'exemple d'un patient qui, lors de l'écoute d'une émission de télévision, est convaincu de recevoir personnellement des messages et que les gestes de l'animateur n'ont pour but que de le provoquer ; on peut identifier alors tant des idées délirantes que des distorsions cognitives qui amènent des réactions affectives ou comportementales inappropriées.

Il est nécessaire de transmettre au patient un concept de maladie par une information exacte sur les symptômes de la schizophrénie et sur les erreurs de perceptions qui y sont associées en utilisant le modèle vulnérabilité-stress et des modules psychoéducatifs comme *Prelapse* (Lundbeck Canada, 1996). Il s'agit de rendre la maladie égodystone pour que le patient se rende compte que les symptômes interfèrent avec son fonctionnement, que cette partie malade de lui-même ne le définit pas entièrement et qu'il lui reste une partie saine qui peut l'aider à prendre une distance par rapport à ses symptômes psychotiques. En somme, on tâche d'amener la perception qu'on ne s'adresse pas à un schizophrène, mais qu'on essaie plutôt d'établir une collaboration avec une personne souffrant de schizophrénie pour l'aider à atténuer les effets des symptômes sur son fonctionnement.

Cette démarche peut se faire en groupe ou en individuel et permet de départager ce qui appartient à la maladie et ce qui est la réalité. Le thérapeute demande par exemple au patient d'expliquer ce qu'il connaît des symptômes de la maladie, et il rectifie l'information inexacte par le recadrage cognitif. Bien sûr, ces informations, qui proposent d'autres hypothèses de compréhension viennent heurter les schémas cognitifs du patient. Le thérapeute doit utiliser toute son habileté clinique pour réussir à modifier l'attitude des patients face à leurs symptômes tout en tenant compte de leurs défenses et de leurs déficits cognitifs. Le thérapeute doit répéter souvent l'information exacte puisqu'elle n'est pas intégrée en une seule session, et il doit être capable de trouver des termes qui rejoignent tous les participants, même les plus réticents. Faire ces interventions en situation de groupe permet d'enlever aux expériences psychotiques leur caractère exceptionnel puisque le participant se rend compte qu'il n'est pas le seul à vivre ces phénomènes, que d'autres peuvent avoir plus de recul sur leurs symptômes, et il y entend d'autres façons de comprendre ce qui lui arrive, même s'il n'adhère pas à ces explications à prime abord.

Entraînement à la résolution de problèmes

Les exercices préparatoires décrits précédemment permettent aux patients d'augmenter leurs habiletés au niveau des sphères cognition-émotion-comportement. L'entraînement à la résolution de problèmes nécessite l'intégration de ces habiletés et leur utilisation simultanée. En situation de groupe, le thérapeute doit connaître, pour chaque participant, le niveau de maîtrise des habiletés et stimuler leur utilisation. Il réfère, aussi souvent que nécessaire, aux exercices précédents afin de consolider l'apprentissage. Bien que l'entraînement à la résolution de problèmes s'applique également en individuel, nous apportons maintenant des exemples concrets d'intervention de groupe pour illustrer cette technique.

Identifier la situation problématique

La première étape étant de s'apercevoir qu'il y a une situation problématique et de l'identifier clairement, le thérapeute demande à chacun leur perception du mot « problème ». Pour la majorité des participants, ce mot représente des situations tellement graves qu'ils se sentent peu concernés et qu'ils ne trouvent pas d'exemples concrets. Il est préférable d'utiliser les termes « obstacles », « stressseurs », « situations problématiques », « embûches » afin de faciliter leur capacité à identifier les situations. Le thérapeute demande à chacun de réfléchir quelques minutes et de mettre par écrit trois situations lors desquelles il a rencontré un obstacle ou une difficulté. Après une mise en commun de ces situations, le thérapeute demande aux participants d'en choisir une, qui est écrite au tableau. À noter que l'utilisation de matériel écrit et du tableau stimule les capacités attentionnelles. Par la suite, les questions suivantes leur sont posées afin d'apprendre à analyser le contexte et de travailler les habiletés de perception et d'interprétation de la situation problématique.

- Qu'est-ce qui m'indique que je rencontre un obstacle ou une difficulté ?
- Quelle est la difficulté rencontrée ? (Souvent les réponses sont imprécises et il est nécessaire de leur faire décrire le moment, l'endroit, les personnes présentes, les propos échangés.)
- Qu'est-ce qui appartient aux symptômes et à la réalité ? (Modèle vulnérabilité-stress, recadrage cognitif, correction des erreurs d'attribution.)
- De quelle façon puis-je écrire avec le plus de précision le problème rencontré dans la situation ?

Pour ce faire, le thérapeute utilise les feuilles sur la technique de résolution de problèmes élaborées par Liberman (Réseau Francophone

des Programmes de Réhabilitation Psychiatrique, (voir le site internet : <http://www.rehab-infoweb.net>) 1995). Chacun est mis à contribution pour être actif dans l'exercice, à la mesure de ses capacités actuelles.

Identifier les émotions ressenties

Les émotions interfèrent dans le processus cognitif et la résolution de problèmes (Perris, 1992). Le thérapeute doit aussi faire avec les participants un travail préparatoire au niveau de la reconnaissance, de la différenciation et de l'expression des émotions. Tant l'identification des émotions que des stratégies de gestion s'avère utile pour apprendre à composer de façon plus satisfaisante avec les situations problématiques de la vie de tous les jours. Le thérapeute peut par exemple amener les participants à répondre aux questions suivantes :

- Nommer les émotions ressenties dans la situation.
- Quels sont les réactions et les comportements adoptés suite à l'émotion ressentie ?
- Quelles en sont les conséquences ?

Intervenir sur les habiletés de planification

Les capacités de planification étant perturbées par les déficits cognitifs, le thérapeute est appelé à donner une stimulation particulière à ce niveau. Il fait du renforcement sur chaque élément de réponse apporté ainsi que sur l'effort de participation, il est actif dans la recherche de solutions et en apporte si nécessaire. Après avoir identifié avec précision la situation problématique, analysé le contexte, identifié les émotions ressenties, les participants sont stimulés à faire un « remue-ménages » (brainstorming) de solutions possibles. La consigne est d'écrire toutes les solutions qui leur viennent à l'esprit, même les plus farfelues, ce qui stimule les fonctions cognitives d'anticipation. Chacun fait l'exercice individuellement et l'ensemble des participants combine ensuite leurs solutions sous l'œil attentif du thérapeute qui veille au respect mutuel. Le participant qui a le plus de facilité dans ses habiletés de planification s'en trouve valorisé, celui qui a plus de difficultés apprend en écrivant les solutions apportées par les autres. Le thérapeute complète avec des solutions additionnelles pour ainsi augmenter la variété des stratégies.

Par la suite, chaque solution est reprise pour en faire ressortir les avantages et les inconvénients. Cette étape est exigeante en termes d'attention soutenue, d'anticipation des conséquences des solutions et fait appel au jugement et à l'analyse des solutions possibles. Encore ici, le

thérapeute doit alimenter la recherche des différents avantages et inconvénients puisque les participants ont tendance à ne pas considérer l'ensemble de la situation. Il stimule la motivation et, au besoin, raccourcit l'exercice en ciblant trois solutions afin que les participants maintiennent leur intérêt. Suite à l'analyse de chacune des solutions, les participants déterminent laquelle ou lesquelles permettront de régler le problème d'une façon efficace et avec le moins de conséquences négatives.

Intervenir sur les habiletés de performance

Les solutions retenues sont expérimentées au moyen de mises en situation, permettant un apprentissage de différentes stratégies. Les habiletés de base à la communication sont sollicitées et le thérapeute donne du renforcement, sert de modèle, amène les participants à essayer de nouveaux comportements pour agir de façon plus efficace dans la situation.

Intervenir sur les habiletés d'auto-régulation

À la suite de cet exercice de mise en situation, le thérapeute évalue avec les participants les effets anticipés de la solution retenue.

- Est-ce que le problème est réglé en agissant et en s'exprimant de telle façon ?
- Quelles conséquences sont à prévoir pour soi et pour l'autre personne ?
- Est-il nécessaire de procéder différemment ?

Ce type de questions permet d'aborder le processus d'autorégulation en stimulant la réflexion sur les actions posées, sur la qualité de la performance, sur les ajustements à y apporter et sur les effets des comportements sur autrui. Les biais cognitifs interfèrent à nouveau à cette étape. Le thérapeute doit aider les participants à réajuster leurs perceptions et leur faire évaluer objectivement les actions en faisant référence aux mises en situation expérimentées auparavant et en apportant les réponses manquantes. Il est aussi nécessaire de leur rappeler les solutions qu'ils ont déjà expérimentées avec succès lors de sessions antérieures afin de les amener à anticiper davantage le résultat.

Planifier l'utilisation de ces habiletés dans des contextes variés

Afin de maximiser la généralisation des acquis, il importe de mettre en place d'autres modalités thérapeutiques permettant aux participants de pratiquer les habiletés dans des contextes variés. Ainsi, lors

de programmes d'activités manuelles ou sociales, l'accent est mis sur la planification écrite des étapes nécessaires à l'exécution d'un projet et sur l'application du processus de résolution de problèmes lorsqu'une difficulté survient dans le déroulement de l'activité. Lors de sorties dans la communauté, le thérapeute travaille *in vivo* en contexte de vie réelle les situations problématiques et l'ajustement des comportements. Des exercices à domicile sont aussi demandés au participant et un suivi est fait lors de la thérapie de groupe ultérieure. Si possible, la participation et l'appui des aidants naturels aide à renforcer les comportements adaptés dans la vraie vie.

Conclusion

Le processus de résolution de problèmes ne se travaille pas de façon isolée et ne saurait être réduit à un simple entraînement d'habiletés. Pour en favoriser l'intégration, il est nécessaire que ce processus soit sous-jacent à l'ensemble des modalités de la démarche de réadaptation, tant dans les interventions du suivi individuel que du suivi de groupe afin de stimuler les acquisitions faites à ce niveau et d'en permettre l'application dans différents contextes. L'utilisation d'une méthode structurée d'entraînement à la résolution de problèmes est indiquée pour contrer les déficits cognitifs de la personne souffrant de schizophrénie et pour augmenter l'ajustement social (Liberman et Corrigan, 1993). Ces interventions permettent d'accroître le sentiment d'efficacité personnelle et de retrouver, à différents niveaux, un pouvoir d'agir sur les situations de la vie quotidienne.

Ce processus d'intervention au niveau de la résolution de problèmes n'est pas sans obstacle. D'une part, l'intervention de groupe requiert l'assiduité de l'ensemble des membres, ce qui est parfois difficile vu les symptômes négatifs. L'appropriation à un suivi en groupe, l'acquisition d'habiletés de base au niveau de la concentration et de la communication, l'utilisation d'un contenu structuré et le renforcement donné au patient par l'équipe traitante permettent de diminuer ces obstacles. Le thérapeute doit aussi instaurer un climat non menaçant, établir les normes de respect et de critique constructive permettant ainsi une participation plus active aux mises en situation et à l'apprentissage. La mise en place d'un horaire fixe et d'un milieu favorable aux relations entre les participants facilite la démarche. Pour aider la généralisation des acquis, la démarche de résolution de problèmes est stimulée dans les autres types d'intervention, que ce soit lors du suivi individuel, des autres modalités de groupe, du milieu de vie ou encore lors des programmes d'activités manuelles en atelier.

Évidemment, plusieurs études restent à faire pour valider ce type d'intervention en ce qui concerne le transfert des apprentissages dans le quotidien. À cet effet, une collaboration entre les chercheurs et les cliniciens s'avère essentielle. Dans un proche futur, nous envisageons d'évaluer l'apport d'un programme standardisé, progressant de la remédiation cognitive vers la résolution de problèmes, au processus de réadaptation de la personne atteinte de schizophrénie.

RÉFÉRENCES

- BRENNER, H. D., HODEL, B., RODER, V., CORRIGAN, P., 1992, Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 18, 1, 21-24.
- BRIAND, C., LALONDE, P., LESAGE, A., MORIN, C., 1998, La résolution de problèmes : apport théorique et opérationnel dans une approche intégrée de la schizophrénie, Accepté aux *Annales Médico-Psychologiques*.
- CHAMBON, O., MARIE-CARDINE, M., 1993, *Psychothérapie cognitive des psychoses chroniques*, Masson, Paris.
- COMTOIS, G., MORIN, C., LESAGE, A., LALONDE, P., LIKAVCANOVA, E., L'Écuyer, G., 1998, Patients versus rehabilitation practitioners : a comparison of assessments of needs for care, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 159-165.
- D'ZURILLA, T. J., NEZU, A. M., 1990, Development and preliminary evaluation of the social problem-solving inventory, *Psychological Assessment, Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 2, 156-163.
- D'ZURILLA, T. J., GOLDFRIED, M. R., 1971, Problem solving and behavior modification, *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- FOLKMAN, S., LAZARUS, R. S., 1980, An analysis of coping in a middle-aged community sample, *Journal of Health and Social Behavior*, 21 (septembre), 219-239.
- GOULET, J., 1990, *Étude évaluative d'un programme intégré de traitement et de réadaptation des jeunes schizophrènes*, Mémoire de maîtrise, non publié, Montréal, Université de Montréal.
- JODOIN, F., 1992, *Étude de l'efficacité d'un programme d'éducation au traitement neuroleptique auprès de jeunes psychotiques*, Mémoire de maîtrise, non publié, Montréal, Université de Montréal.
- LALONDE, P., 1999, *Schizophrénie*, in Lalonde P., Aubut J., Grunberg F., *Psychiatrie Clinique : approche bio-psycho-sociale*, chap. 10, Gaëtan Morin éditeur.

- LALONDE, P., LESAGE, A., COMTOIS, G., MORIN, C., LIKAVCANOVA, E., L'Écuyer, G., 1996, Stratégies de coping dans la schizophrénie, *L'Encéphale*, 22, 240-246.
- LALONDE, P., 1992, Le programme Jeunes Adultes, *Nervure*, 4, 9, 28-33.
- LECLERC, C., 1992, *Soutien social, perception du stress et stratégies de coping de jeunes schizophrènes*, Mémoire de maîtrise, non publié, Montréal, Université de Montréal.
- LEZAK, M. D., 1995, *Neuropsychological Assessment* (3^e éd.), Oxford, Oxford University Press.
- LIBERMAN, R. P., CORRIGAN P. W., 1993, Designing new psychosocial treatments for schizophrenia, *Psychiatry*, 56, 238-249.
- LIBERMAN, R. P., 1992, *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, New York, Macmillan Publishing Company.
- LUNDBECK CANADA, 1996, *Prelapse*, Canada, novembre 1996.
- MC FALL, R. M., 1982, A review and reformulation of the concept of social skills, *Behavioral Assessment*, 4, 1-33.
- PERRIS, C., 1992, Integrating psychotherapeutic strategies in the treatment of young severely disturbed patients, *Journal of Cognitive Psychotherapy : an International Quarterly*, 6, 3, 205-219.
- PERRIS, C., 1989, *Cognitive Therapy with Schizophrenic Patients*, The Guilford Press, New York.
- RÉSEAU FRANCOPHONE des Programmes de Réhabilitation Psychiatrique, 1995, *Manuel d'entraînement à la résolution de problèmes interpersonnels*, So-crate-Réhabilitation, Charleroi.
- WALLACE, C. J., NELSON, C. J., LIBERMAN, R. P., AITCHISON, R. A., LUKOFF, D., Elder, J. P., Ferris, C., 1980, A review and critique of social skills training with schizophrenic patients, *Schizophrenia Bulletin*, 6, 1, 42-63.
- ZUBIN, J., SPRING, B., 1977, Vulnerability — A new view of schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

ABSTRACT

From symptomatology to problem-solving : An integrated approach for people with schizophrenia

People with schizophrenia experience difficulties in adapting and managing problematical situations of daily life thus diminishing their social coping skills. Several components such as cognitive deficits and

biases associated with symptomatology disrupt their problem-solving skills. In social rehabilitation, it is essential to take into account all characteristics and offer an integrated approach. This article presents an approach to problem-solving skills with a contemporary knowledge of schizophrenia. The functioning of the Clinique Jeunes Adultes of the Louis-H. Lafontaine Hospital is presented and serves as a reference.

RESUMEN

De la sintomatología a la solución de problemas : enfoque integrado para personas que sufren de esquizofrenia

Las personas que sufren de esquizofrenia presentan dificultades de adaptación y de gestión de las situaciones problemáticas de la vida diaria, lo que disminuye sus capacidades de ajustamiento social (coping). Varios aspectos como el sesgo y los déficits cognoscitivos asociados a la sintomatología, perturban las habilidades para resolver los problemas. En el proceso de readaptación, es esencial tener en cuenta el conjunto de estas características para ofrecer un cuadro de intervención integral. Este artículo presenta un enfoque de intervención a nivel de las habilidades de resolución de problemas que tiene en cuenta los conocimientos contemporáneos sobre la esquizofrenia. Se presenta el funcionamiento de la Clínica de Jóvenes Adultos (esquizofrenia) del hospital Luis-H Lafontaine, el cual sirve de referencia.